

# AFTERSCHOOL 2025-2026

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN



YOUTHCITY  
TEENS



Elija una sede:  Central City  Glendale Library  Northwest  Sorenson Unity Center

### PARTICIPANTE

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ FECHA DE NAC.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N.º DE MÓVIL: \_\_\_\_\_  
mm dd aaaa

ESCUELA: \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_ GÉNERO:  FEMENINO  MASCULINO  OTRO

Califico para un almuerzo escolar gratuito o con precio reducido:  S  N

NOMBRE DEL PADRE/MADRE: \_\_\_\_\_ N.º DE TEL. DE PREFERENCIA: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ N.º MENSAJES DE TEXTO: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO PRINCIPAL: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO ALTERNATIVO: \_\_\_\_\_

CONTACTO PARA EMERGENCIAS: \_\_\_\_\_ RELACIÓN: \_\_\_\_\_ N.º DE TEL. DE PREFERENCIA: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
(que no sea el padre, la madre o el tutor)

¿Cómo conoció YouthCity? \_\_\_\_\_ ¿Tiene necesidades especiales? \_\_\_\_\_ ¿Tiene alergias? \_\_\_\_\_

RAZA:  ASIÁTICO  AFROAMERICANO  BLANCO  DE LAS ISLAS DEL PACÍFICO  NATIVO AMERICANO  OTRO  
ETNIA:  HISPANO O LATINO  NO HISPANO NI LATINO

### El padre, madre o tutor legal debe leer y firmar a continuación para que el niño participe en YouthCity

**Exención y compensación:** Por el presente, reconozco y acepto que la participación de mi hijo(a) en las actividades puede implicar lesiones corporales o emocionales para mí o para mi hijo(a). En consideración de que se le permita a mi hijo(a) participar en tales eventos, yo, en mi nombre, en el de mi hijo(a), en el de mis herederos, mis albaceas y administradores, renuncio en forma voluntaria y deliberada a toda reclamación de negligencia basada en cualquier lesión, excepto aquella causada únicamente por la conducta indebida e intencionada del personal de YouthCity que pueda surgir de la participación de mi hijo(a).

**Tratamiento de emergencia:** Por el presente, autorizo al personal del programa de Salt Lake City a actuar en mi nombre según su mejor criterio en caso de una emergencia que involucre a mi hijo(a), y asumo plena responsabilidad por todos los gastos, médicos o de otro tipo, que surjan de ello. Entiendo que el tratamiento de emergencia en cuestión se me facturará a mí o a mi compañía de seguros.

**Permiso de transporte:** Por el presente, autorizo al personal de YouthCity a transportar a mi hijo(a). Por el presente, acepto y asumo en forma voluntaria todos los riesgos relacionados con o que surjan del transporte de mi hijo(a) o menor en guarda hacia o desde el Programa YouthCity. Asimismo, acepto eximir al distrito escolar de Salt Lake City, a YouthCity, a Salt Lake City Corporation y al condado de Salt Lake, sus agencias, departamentos, funcionarios, agentes de empleados y todos los patrocinadores o funcionarios y personal de cualquiera de las entidades o personas mencionadas, así como a sus representantes, afiliados de agentes, directores, trabajadores, voluntarios y empleados de cualquier y toda responsabilidad, reclamo, demanda, acción y causa de acción de cualquier tipo por cualquier pérdida, reclamación, daño, lesión, enfermedad, honorario de abogados o daño de cualquier tipo o naturaleza hacia mí o mi hijo(a)

o menor en guarda que surja de cualquier y toda acción relacionada con las actividades antes mencionadas. He leído con detenimiento y comprendo el contenido de este formulario relativo al transporte de mi hijo(a) o menor en guarda.

**Permiso para tomar fotografías:** Otorgo mi consentimiento para que las fotografías y grabaciones de video de la participación de mi hijo(a) en actividades de Salt Lake City se utilicen en materiales promocionales para programas de este y otros socios. Entiendo que estas fotos o videos pueden utilizarse en folletos, programas de video editados, en línea y en otros artículos promocionales para informar a las partes interesadas sobre las actividades de Salt Lake City.

**Igualdad de oportunidades:** El Programa YouthCity de Salt Lake Corporation ofrece igualdad de oportunidades a los participantes, sin importar su raza, credo, género o capacidad de pago y, previa solicitud, proporcionará adaptaciones razonables a las personas con discapacidades.

**Declaración contra la discriminación:** En el marco de la legislación federal sobre derechos civiles y las normativas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, así como las instituciones que participan en los programas del USDA o los administran, tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas o tomar represalias por actividades previas relacionadas con derechos civiles en cualquier programa o actividad que el USDA realice o financie. Las personas con discapacidades que necesiten medios de comunicación alternativos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de signos americano, etc.) deben contactar a la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o con discapacidad del habla pueden comunicarse con el USDA a través del servicio federal de retransmisión (Federal Relay Service) al (800) 877-8339. La información sobre el programa puede estar también disponible en otros idiomas además del inglés. Para presentar una queja por discriminación, complete el Formulario de quejas por discriminación en programas del USDA (AD-3027) que encontrará en línea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) y en cualquier oficina del USDA, o bien redacte una carta dirigida al USDA con toda la información que se solicita en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de quejas, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario completo o la carta al USDA por: (1) correo postal: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

**Divulgación para padres o tutores del participante:** Las condiciones de financiación exigen que este programa participe en evaluaciones continuas. La evaluación requiere que compartamos los datos del participante con los evaluadores del Departamento de Servicios de Personal. Los datos del alumno lo identifican de manera individual e incluyen información como el nombre de su hijo(a) e información sobre la participación en el programa. El evaluador utiliza estos datos únicamente para el cumplimiento de sus funciones y no los compartirá con terceros sin su consentimiento por escrito. Al firmar este documento, acepto que he leído su contenido y divulgación de información, y que estoy de acuerdo con sus términos.

Al firmar este documento, acepto que he leído su contenido y divulgación de información, y que estoy de acuerdo con sus términos.

FIRMA DEL PADRE/MADRE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
mm dd aaaa